

**INTAKE DEELNEMER VOLUNTAS versie 1.4**

**Deelnemer**

Voornaam:  Naam:

Organisatie:

Adres:

Postcode:  Gemeente:

Tel./Gsm 1:       Tel./Gsm 2:

E-mail:  ook gebruiken voor digitale nieuwsbrieven van Voluntas

Geboortedatum:  Rijksregisternummer:

**Beperking**



**Woonsituatie**



**Interesses**

**Vrijetijdsaanbod van Voluntas**

ZATERDAG EN/OF DONDERDAG

Atelierwerking (crea, koken, computer, yoga, mindfulness, …) en soms korte uitstappen (bowling, cinema, …)

Daguitstappen (pretpark, citytrip, subtropisch zwemparadijs, …)

REIZEN

Op weekend (in binnenland)

Vakantiereizen (1 week in buitenland, als gezin met kind of volwassene met een beperking)

VAKANTIEOPVANG / JEUGDWERK

Speelpleinwerking (op bepaalde weekdagen in de schoolvakanties)

**Andere interesses (vrijetijdsaanbod buiten dat van Voluntas)**

**Hoe hebt u Voluntas ontdekt?**

**Hoofdcontactpersoon**

Voornaam:  Naam:

Functie:

Organisatie:

Adres:

Postcode:  Gemeente:

Tel./Gsm 1: Tel./Gsm 2:

E-mail:   ook gebruiken voor digitale nieuwsbrieven van Voluntas

**Tweede contactpersoon**

Voornaam:  Naam:

Functie:

Organisatie:

Adres:

Postcode:  Gemeente:

Tel./Gsm 1: Tel./Gsm 2:

E-mail:   ook gebruiken voor digitale nieuwsbrieven van Voluntas

**Gratis magazine “Voluntas Krantje” 5x per jaar per post verzenden naar:**

 

 

**Facturen verzenden naar:**

 

 



**Sociale situatie / inkomenssituatie (OCMW-budgetbegeleiding of -leefloon, ondersteuning door CAW of kansarmoedevereniging)**

**Fiscaal attest kinderopvang**

Enkel in te vullen voor kinderen jonger dan 14 jaar (of jonger dan 21 jaar indien zware handicap).

Kinderen die PAB of PVB besteden bij Voluntas, komen niet in aanmerking.

Schuldenaar voornaam:  Naam:  Rijksregisternummer:

Adres:  Postcode:  Gemeente:

I.g.v. fiscaal co-ouderschap (uitzonderlijk): percentage onderstaande schuldenaar: **0%**

Schuldenaar voornaam: **(meestal slechts 1 schuldenaar)** Naam:  Rijksregisternummer:

Adres:  Postcode:  Gemeente:

**Ondersteuning door het VAPH (rechtstreeks toegankelijke hulp, basisondersteuningsbudget, persoonlijke-assistentiebudget, persoonsvolgend budget)**

In geval van een persoonsvolgend budget wordt er een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO) opgemaakt.

**Verslag van multidisciplinair team (MDT)**

Ik voeg een verslag bij van een MDT in het kader van:

Erkenning door het VAPH

Toelatingsverslag buitengewoon onderwijs (CLB)

**Bepalingen**

De hoofdcontactpersoon treedt op als  van de deelnemer en verklaart kennis te hebben genomen van volgende bepalingen:

* De deelnemer staat onder toezicht van de ouders, voogd, familielid of vervangend begeleider voor en na de activiteiten.
* Aanwezigheid van de deelnemer op een activiteit dient tijdig te worden opgegeven aan het secretariaat (telefonisch of per e-mail).
* Atelierwerking & korte uitstappen: minstens 3 dagen op voorhand.
* Daguitstappen: minstens 1 week op voorhand.
* Op weekend: minstens 1 maand op voorhand.
* Vakantiereizen: afhankelijk, meer dan 2 maanden op voorhand.
* Speelpleinwerking: minstens 2 weken op voorhand.

**Privacy (Voluntas respecteert de privacywetgeving GDPR)**

Ik geef toestemming om foto's en ander beeldmateriaal van de deelnemer te laten gebruiken in publicaties en op de website van Voluntas.

De hierboven gemaakte keuze wat betreft het beeldmateriaal kan eventueel nog worden gewijzigd, mits mijn initiatief.

Voluntas hecht veel belang aan de privacy van hun deelnemers. Daarom vragen wij expliciet toestemming voor de mogelijkheid dat de begeleiders (al dan niet vrijwilligers) die werken voor Voluntas inzage hebben in dit formulier. Zo kan de begeleiding optimaal rekening houden met de zorgondersteuning die nodig is voor de deelnemer.  
 Ik ben op de hoogte van de regeling hierboven beschreven en geef mijn toestemming

**INTAKE**

1. **Familiale gegevens (alleen in te vullen indien relevant)**

1. **Ambulante begeleiding, residentiële voorziening, school  
   (indien buitengewoon onderwijs: type en eventueel opleidingsvorm)**

1. **Beperking(en)**

Geschiedenis en huidige evolutie. Beschrijf de beperking(en).

Eventuele hulpmiddelen: rolstoel (welk type), rollator, kniebraces, steunzolen, orthopedische schoenen, bril/lenzen, hoorapparaat, enzovoort.

Ondersteuning communicatie: SMOG, gebarentaal, speciale communicatietoestellen, enzovoort.

1. **Medische info**

Lijdt de betreffende persoon aan een chronische ziekte?

Suikerziekte:

Epilepsie:

Astma:

Hartkwalen:

Huidaandoeningen:

Andere:

Allergisch voor bepaalde stoffen, geneesmiddelen, voeding/drank, insectengif

Medicatie: welke, wanneer, hoeveel?

Door wie mag/moet de medicatie worden toegediend? Onze begeleiding?

1. **ADL-hulp**

Heeft de betreffende persoon hulp nodig bij volgende activiteiten?

Graag meer uitleg indien ja. Hulp nodig bij…

Eten en drinken, speciale diëten

Algemene motoriek, stappen, aan- en uitkleden, zwemmen (ook in diep zwembad, zwembrevet?)

Ontspannen

Doen van zinvolle activiteit (hobby, sport, spel)

Sociaal contact (praten, vriendschappen, afstand/nabijheid t.o.v. bekenden en vreemden)

Toiletbezoek (plassen en ontlasting)

Lichamelijke hygiëne

1. **Varia**

Zijn er nog belangrijke zaken die u aan de begeleiding wilt melden?

**Ingevuld / aangepast op**